

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1929. — N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'INFECTION TUBERCULEUSE
CHEZ LES INDIGÈNES MUSULMANS D'ALGÉRIE

(Lutte anti-tuberculeuse dans les douars)

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 26 Juin 1929

PAR

ELHADI LAHSEN

né le 16 Août 1900 à Akbou (Constantine)

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN DELTEIL, Professeur de clinique médicale..	<i>Président.</i>
RAYNAUD, Professeur de clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	} <i>Juges.</i>
AUBRY, Professeur de pathologie générale et patho- logie médicale.....	
POROT, Agrégé (Médecine).....	

ALGER

IMPRIMERIE « LA TYPO-LITHO »

1929

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1929. — N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INFECTION TUBERCULEUSE

CHEZ LES INDIGÈNES MUSULMANS D'ALGÉRIE

(Lutte anti-tuberculeuse dans les douars)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 26 Juin 1929

PAR

ELHADI LAHSEN

né le 10 Août 1900 à Akbou (Constantine)

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN DELTEIL, Professeur de clinique médicale..	<i>Président.</i>
RAYNAUD, Professeur de clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	} <i>Juges.</i>
AUBRY, Professeur de pathologie générale et patho- logie médicale.....	
POROT, Agrégé (Médecine).....	

ALGER

IMPRIMERIE « LA TYPO-LITHO »

1929

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN.....	MM. ARDIN-DELTEIL (※, I. ⑤).
DOYEN HONORAIRE.....	HERAIL (※, I. ⑤).
ASSESEUR.....	GILLOT (I. ⑤).

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. ARDIN-DELTEIL (※, I. ⑤).
Clinique ophtalmologique.....	CANGE (※, I. ⑤).
Clinique médicale infantile.....	GILLOT (I. ⑤).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (※, ⑥, A. ⑤).
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (※, A. ⑤, ⑥).
Clinique obstétricale et puériculture du 1 ^{er} âge.....	LAFFONT (※, ⑥, A. ⑤).
Clinique chirurgicale infantile et d'or- thopédie.....	LOMBARD (※, I. ⑤).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (*, ⑥, I. ⑤).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I. ⑤).
Chimie biologique et toxicologie.....	MAILLARD (*, I. ⑤).
Hygiène, hydrologie et climatologie.....	CHASSEVANT (O. *, O. ⑤, I. ⑤).
Physiologie.....	TOURNADE (O. *, ⑥, I. ⑤).
Pharmacie.....	MUSSO (I. ⑤).
Chimie minérale et organique.....	N....
Médecine légale.....	GIRAUD (※, A. ⑤, ⑥).
Anatomie.....	LEBLANC (※, ⑥, I. ⑤).
Microbiologie et parasitologie.....	PINOY (※, I. ⑤).
Physique médicale.....	PORTES (※, ⑥, I. ⑤).
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.....	CABANES (※, ⑥, I. ⑤).
Botanique et matière médicale.....	SENEVET (※, A. ⑤).
Pathologie générale et pathologie médicale	AUBRY (※, A. ⑤, ⑥).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (※, I. ⑤).	MM. HERAIL (*, I. ⑤).
VINCENT (※, I. ⑤).	SOULIE (※, I. ⑤).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages- femmes.....	MM. FUSTER (*, ⑥, I. ⑤).
Cours de clinique d'oto-rhino-laryngologie	H. ABOULKER (*, ⑥).

AGRÉGÉS

Chirurgie.....	MM. DUBOUCHER.
Médecine.....	FERRARI (A. ⑤).
Physiologie.....	POROT (A. ⑤).
Anatomie.....	LEBON (※, ⑥).
Chimie médicale.....	HERMANN (⑥).
Obstétrique.....	RIBET (⑥).
Histologie.....	WUNSCHENDORFF. (I. ⑤).
Histoire naturelle pharmaceutique.....	HOUEL. (※, ⑥).
	COURRIER (⑥).
	FOURMENT.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni im-
probation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MEMOIRE DE MON VENERE PERE

Hélas! ravi trop tôt à ma profonde affection.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE BEN ALY CHERIF AHMED

Sa mort fut pour moi un douloureux chagrin. Son souvenir restera toujours gravé très profondément en mon âme.

A TOUS LES MIENS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ALGER

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

A MON PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL

Professeur de Clinique Médicale
Doyen de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.*

A MES JUGES :

Monsieur le Professeur RAYNAUD

Professeur de Clinique des Maladies des pays chauds,
des Maladies syphilitiques et cutanées
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Dont l'enseignement nous fut si
agréable à suivre.*

Monsieur le Professeur AUBRY

Professeur de Pathologie générale et Pathologie médicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur agrégé POROT

Hommage respectueux.

AVANT-PROPOS

Nous n'avons pas l'intention, dans ce travail, que les circonstances ont rendu hâtif, de présenter un exposé complet et détaillé de la vaste question de la tuberculose en Algérie. Nous nous sentons d'ailleurs parfaitement au-dessous d'une semblable tâche.

Nous nous proposerons seulement d'étudier l'infection tuberculeuse chez les Indigènes musulmans algériens et d'indiquer les moyens de lutte que nous croyons propres à combattre la grave maladie dans les douars.

Nous emprunterons pour cela les résultats des nombreuses cuti-réactions à la tuberculine, pratiquées par l'Institut Pasteur, chez les Indigènes musulmans des divers points de la colonie. Nous mentionnerons les résultats de notre propre enquête portée sur la population kabyle du Haut-Sebaou.

Nous étudierons ensuite l'étiologie de la tuberculose spéciale aux indigènes algériens.

Nous terminerons enfin par l'étude de la lutte anti-tuberculeuse dans les douars.

Nous avons, au cours de nos études, contracté des dettes de reconnaissance multiples ; il nous est un

devoir agréable de les exprimer publiquement et d'offrir à tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale, l'hommage de notre vive gratitude.

Notre gratitude et nos remerciements vont également à M. le Docteur RAYNAUD, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Que MM. les Docteurs SERGENT et FOLEY, pour la bienveillance qu'ils nous ont portée, soient assurés de notre respectueuse et vive reconnaissance.

HISTORIQUE

L'histoire médicale de l'Algérie avant la conquête de 1830 reste toujours, malgré le vif intérêt que suscite son étude, un domaine indéfriché; l'absence de tout document en est la principale cause.

En dehors des grandes épidémies de choléra et de peste, qui dévastaient périodiquement l'Afrique du Nord et dont l'Europe avait parfois des échos, nulle étude n'avait été faite sur la pathologie des indigènes algériens de l'époque. La paludisme, la tuberculose et la syphilis, principales affections qu'on observe de nos jours en Algérie, ne sont pas d'importation européenne. Elles existaient incontestablement avant l'arrivée des Français, mais leur caractère de gravité, leur répartition, leur fréquence ont été profondément modifiés par la conquête, qui tend de plus en plus à transformer les conditions spéciales géographiques, climatologiques, économiques et sociales de la masse arabo-berbère.

La tuberculose, localisée surtout dans les villes du littoral algérien, était connue des Indigènes uniquement dans ses formes pulmonaires: phtisie ou mardh es sedder des Arabes. Elle occupait dans la pathologie nord-africaine, une place bien moins importante que

de nos jours. Le reste du pays, en raison des communications difficiles, de l'état de lutte permanent entre tribus se trouvait dans un état d'isolement qui le protégeait puissamment contre la propagation de cette affection.

Nous assistons après la conquête à l'extension de la tuberculose, parallèlement à la pénétration française :

C'est d'abord le Tell, la zone la plus anciennement pénétrée par la conquête qui subit au maximum le contact européen. La création de nombreux centres de colonisation attire la population indigène; les routes favorisent son déplacement.

Dans les Hauts-Plateaux, la grande majorité de la population est formée d'agriculteurs sédentaires généralement épars; les villes et les villages français y sont moins nombreux et l'infection tuberculeuse mettra plus de temps à s'étendre.

Enfin, au Sahara, c'est d'abord autour des ksours dont la population émigre périodiquement vers le Nord, des rares centres européens, des postes militaires, que l'infection tuberculeuse se manifeste.

L'étude de l'épidémiologie générale de la tuberculose en Algérie est devenue possible grâce à l'application de la méthode des cuti-réactions de VON PIRQUET.

L'enquête sur l'infection tuberculeuse, inaugurée en 1911 sur les conseils de M. CALMETTE, par l'Institut Pasteur d'Algérie et poursuivie avec le concours de médecins civils et militaires, nous renseigne suffi-

samment, aujourd'hui, sur le degré d'infection tuberculeuse dans les différentes régions de la colonie.

Pour notre part, grâce aux facilités qui nous ont été accordées par l'Institut Pasteur, nous avons pu opérer une enquête semblable dans la région Kabyle du Haut-Sebaou. Les 468 cuti-réactions que nous avons pratiquées suivant la même technique employée, ont surtout porté sur des femmes et des enfants qui constituent la partie la plus stable de la population.

Nous empruntons à l'excellente étude de MM. PARROT et FOLEY (*Infection tuberculeuse chez les Indigènes musulmans d'Algérie*) les résultats statistiques des cuti-réactions pratiquées en Algérie.

CUTI-REACTIONS A LA TUBERCULINE CHEZ

Tableau récapitulatif

Localités		Date de l'enquête	De 1 jour à 1 an		De 1 an à 5 ans		pour 100
TELL	Alger	1911 - 1916	1	sur 51	10	sur 50	20
	Aïn-Bessem .	1915	0	— 3	1	— 4	»
	Arba bourg .	1912	1	— 6	5	— 17	»
	Arba banlieue	1912	0	— 11	4	— 44	»
	Arba (à 10 k.)	1912	0	— 21	9	— 68	13,2
	Duzerville ...	1911 - 1912	0	— 32	20	— 112	17,8
	Total I		1	— 124	49	— 295	16,6
HAUTS-PLATEAUX	Gambetta ...	1914	0	— 44	61	— 275	22,1
	Barika	1916	0	— 61	69	— 446	15,4
	El Kantara ..	1918	2	— 25	4	— 35	»
	Méchéria	1922	0	— 4	4	— 37	»
	Total II		2	— 134	137	— 793	17,2
SAHARA	Biskra	1922	0	— 101	80	— 194	41,2
	El-Oued	1920	0	— 93	51	— 237	21,5
	Ouargla	1919	0	— 14	16	— 76	21,1
	El-Goléa	1920	2	— 26	9	— 50	18
	Temassinine .	1918			1	— 13	»
	Tidikelt	1918	0	— 18	8	— 74	10,8
	Hoggar	1919	0	— 3	3	— 36	»
	Figuig	1919 - 1914	0	— 11	3	— 93	3,2
	Touat-Gourara	1913	0	— 19	11	— 99	11,1
Total III			2	— 285	182	— 872	20,8
Totaux I. II et III			6	— 543	368	— 1960	18,7

- (1) Dans ce tableau le premier chiffre (à gauche) exprime le nombre de cuti-
 (2) Les enfants de 1 jour à 1 an ne sont pas compris dans ce total.

LES INDIGENES MUSULMANS D'ALGERIE

des résultats statistiques (1)

De 6 ans à 15 ans	pour 100	Total de 1 an à 15 ans	pour 100 (a)	De 16 ans et au-dessus (adultes)	pour 100 (b)	Total enfants et adultes (2)	Index total (a) + (b)
34 sur 65	52,3	44 sur 115	38,2	5 sur 7	71,4	49 sur 122	54,8
11 — 17	»	12 — 21	57,1	173 — 249	69,4	185 — 270	63,2
11 — 21	»	16 — 38	42,1	32 — 45	71,1	48 — 83	56,6
22 — 54	40,7	26 — 98	26,5	49 — 56	87,5	75 — 154	57,3
27 — 107	25,2	36 — 175	20,5	62 — 104	59,6	98 — 279	40
40 — 116	34,4	60 — 228	26,3	7 — 9	77,7	67 — 237	52
145 — 380	38,1	194 — 675	28,7	328 — 470	69,7	522 — 1145	49,2
106 — 213	49,7	167 — 488	34,2	»	»	167 — 488	»
233 — 556	41,9	302 — 1002	30,1	»	»	302 — 1002	»
54 — 126	42,8	58 — 161	36	6 — 7	85,7	64 — 168	64,2
49 — 127	38,5	52 — 164	31,7	125 — 196	62,7	177 — 360	47,2
442 — 1022	43,2	579 — 1815	31,8	131 — 203	64	710 — 2018	47,9
154 — 262	58,7	234 — 256	51,3	182 — 246	73,9	416 — 702	62,6
239 — 424	56,3	290 — 661	43,8	164 — 217	75,5	454 — 878	59,7
84 — 267	31,4	100 — 343	29,1	99 — 188	52,6	199 — 531	40,8
54 — 250	21,6	63 — 300	21	30 — 120	25	93 — 420	23
1 — 18	»	2 — 31	6,4	11 — 45	24,4	13 — 76	15,4
80 — 245	32,5	88 — 319	27,5	106 — 198	53,5	194 — 517	40,5
22 — 56	39,2	25 — 92	27	133 — 236	56,3	157 — 328	41,6
38 — 205	18,5	41 — 298	13,7	69 — 176	39,2	110 — 474	26,4
49 — 136	26,3	60 — 235	25,5	194 — 337	57,5	254 — 572	41,5
121 — 1863	38,7	903 — 2735	32,9	988 — 1763	56	1891 — 4498	42
1308 — 3265	40	1676 — 5225	32	1447 — 2436	59,4	4123 — 7661	45,7

réactions positives; le deuxième (à droite) le nombre de cuti-réactions pratiquées.

COMMUNE MIXTE DU HAUT-SEBAOU (VILLAGE IFIGHA) (1)

Zône du Tell

Population berbère

CUTI-REACTIONS POSITIVES

Age	Détail		Total ♂ et ♀	Total de 3 à 5 ans	Total de 6 à 15 ans	Total de 3 à 15 ans	Total de 3 à 15 ans	Total adultes
	♂	♀						
De 3 à 5 ans	6 sur 30		6 sur 30	6 sur 30 20 %		66 sur 144 45,8 %		
De 6 à 10 ans ..	48 — 72	2 — 12	50 — 84		60 sur 114 52,6 %			
De 11 à 15 ans ...	6 — 24	4 — 6	10 — 30					
De 16 à 30 ans ...	30 — 42	48 — 66	78 — 108					
De 31 à 45 ans	34 — 48	90 — 114	124 — 162					238 - 324 78,4 %
De 46 ans et au-dessus...	6 — 12	30 — 42	36 — 54					
Au total { Enfants: 66 cuti-réactions positives chez 144 sujets, soit 45,8 pour 100. Adultes: 238 cuti-réactions positives chez 324 sujets, soit 73,4 pour 100.								
Index tuberculinique total $\frac{45,8 + 73,4}{2} = 59,6 \%$								

(1) Le village d'Ifigha se trouve à 10 km. environ du centre européen d'Azazga.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire les conclusions de ces auteurs :

« Ainsi qu'il ressort du tableau récapitulatif ci-contre, plus de 8.000 cuti-réactions tuberculiniques ont été pratiquées, du début de l'enquête à ce jour, parmi les musulmans d'Algérie. L'expérience nous paraît dès maintenant suffisante pour servir de base à des conclusions générales valables sur l'épidémiologie de la tuberculose en ce milieu :

1° L'infection tuberculeuse latente — telle qu'elle nous est révélée par la réaction de von Pirquet — est moins répandue chez les Indigènes musulmans d'Algérie (Sahara compris) que chez la plupart des populations d'Europe. Le pourcentage moyen des cuti-réactions positives s'y exprime cependant par un chiffre supérieur aux chiffres fournis par certaines peuplades primitives de l'Afrique occidentale ou équatoriale (Sénégal, Guinée, Cameroun, etc.).

2° L'infection tuberculeuse atteint en général, son maximum de fréquence sur le littoral, son minimum au Sahara.

3° Dans les trois grandes régions qui forment la colonie (Littoral tellien, Hauts-Plateaux, Sahara). Ce degré d'infection tuberculeuse des musulmans est fonction des facteurs suivants :

a) Voisinage des Européens : l'infection tuberculeuse croît avec la proximité de ce voisinage, l'ancienneté de l'importance numérique de la pénétration euro-

péenne; elle dépend en outre des conditions locales — géographiques, économiques et sociales — qui favorisent, multiplient, prolongent ou au contraire raréfient les contacts entre Européens et Indigènes.

b) Origine éthirique: les Indigènes de race blanche (arabes et berbères) donnent un pourcentage de cuti-réactions positives supérieur au pourcentage fourni par les Indigènes de race colorée, métis (hara-tin-négroïdes) et nègres. D'autre part, les populations de langue arabe sont proportionnellement plus infectées de tuberculose que les populations de langue berbère.

c) Habitat: pour toutes les régions et pour toutes les régions et pour toutes les races, les nomades de tente et les Indigènes sédentaires épars sont moins infectés de tuberculose que les Indigènes sédentaires agglomérés en villages.

4° L'infection tuberculeuse atteint son plus haut degré de fréquence dans les populations indigènes agglomérées et sédentaires qui vivent en contact permanent avec les Européens ou qu'un courant de migration temporaire amène à leur contact.

5° Par là se trouve vérifiées et confirmées les notions actuellement admises en ce qui concerne l'interdépendance de l'isolement socio-géographique des peuples à civilisation attardée et de leur faible degré d'infection tuberculeuse (PARROT et FOLEY, Institut Pasteur d'Algérie).

ÉTIOLOGIE

L'existence et les progrès inquiétants de la tuberculose en Algérie sont désormais indéniables.

Ici comme partout cette affection est évidemment réalisée par le bacille de Koch, mais on ne saurait assez méconnaître l'importance des facteurs étiologiques spéciaux aux Indigènes: leur grande réceptivité à l'égard de l'infection tuberculeuse, leur alimentation défectueuse, leur mauvaise hygiène, le paludisme, la syphilis et l'alcoolisme sont des facteurs puissants de la déchéance organique qui, lorsque l'infection a pu se réaliser, paralysent ou entravent les effets des moyens de défense naturels.

Réceptivité

La susceptibilité des Musulmans algériens à l'égard de la tuberculose se traduit par une mortalité très élevée. Nous savons qu'à Alger notamment où il est possible d'établir des statistiques, grâce aux soins des bureaux municipaux de l'hygiène, les Indigènes de la Casbah meurent trois fois plus que les Européens. Cette réceptivité s'explique par les caractères de sensibilité, de moindre résistance et de rapide sidération des organismes propres aux terrains vierges.

Malgré l'absence de tous renseignements concernant la mortalité par la tuberculose des Indigènes dans les douars, nous sommes en droit de la considérer comme très élevée, en raison de la grande morbidité de cette affection.

Il est fréquent d'observer dans les milieux indigènes de véritables hécatombes dans un laps de temps très court, produites par le terrible fléau. Dans une famille de la région de la petite Kabylie nous avons observé la mort presque foudroyante de trois enfants à la suite de la contamination bacillaire par l'un d'entre eux.

De l'Alimentation des Indigènes

L'alimentation des Indigènes est une question extrêmement importante qui n'a malheureusement pas retenu suffisamment l'attention des pouvoirs publics.

On commence à peine à connaître le véritable rôle qu'occupe la disette dans l'éclosion du typhus. Mais si la disette, grâce aux sacrifices parfois considérables consentis par l'administration, ne décime plus les malheureuses populations indigènes au cours des années de sécheresse, l'alimentation défectueuse habituelle des nombreuses tribus, demeure toujours un facteur important de leur affaiblissement.

L'indigène, en général, mange peu et mal, l'unique plat de couscous servi en commun à toute la famille ou le morceau de galette distribué souvent avec par-

cimonie à chacun de ses membres, constitue une nourriture insuffisante et débilitante.

L'usage de la viande, des légumes et même des œufs est très limité.

On a tort, croyons-nous de propager la légende de la sobriété naturelle de l'Indigène algérien. Les privations qu'il endure lui sont imposées par les nécessités de la vie.

Nous pouvons observer encore de nos jours, en Kabylie, certaines coutumes qui traduisent bien chez le peuples les besoins d'une nourriture plus fortifiante. Timherat ou distribution de viande est une de ces coutumes.

Au moyen de fonds appartenant à la djemaa du village, les notables kabyles procèdent de temps à autre à l'acquisition de moutons et de bœufs dont le nombre est en rapport avec l'importance de la localité. Ces animaux sont égorgés, dépecés et leur viande est répartie en autant de morceaux qu'il y a de foyers. Tout le monde, à cette occasion, mange de la viande.

Cette coutume n'ayant aucun caractère religieux essaie de satisfaire pour un jour un besoin constant d'une nourriture plus fortifiante.

La foule énorme de mendiants qui, débordant les tribus, envahit les villes et les villages européens témoigne de l'état de misère, dans lequel vit d'une façon permanente, la grande majorité de la population musulmane.

Lorsqu'on traverse, en été, les villages de la Haute Kabylie, on est surpris de voir sous un climat doux et sain, une multitude de femmes et d'enfants que les privations ont réduits à l'état de squelettes. Bien souvent hélas, l'alimentation déficiente seule est la cause de cette débilité extrême de l'organisme.

N'avons-nous pas observé chez des misérables Kabyles évadés de la tribu et employés comme domestiques dans les familles européennes, des transformations physiques telles qu'il nous est difficile de nier l'heureuse influence d'une nourriture suffisante.

Nous pouvons faire des constatations du même genre chez les jeunes recrues, au début de leur incorporation dans l'armée.

Cette notion de la sous-alimentation devrait être connue de tous les médecins militaires qui dirigent les opérations du Conseil de révision en Algérie.

L'opinion de certains auteurs qui tend à attribuer au Rhamadam, pour son action débilitante un rôle prépondérant dans la prédisposition à la tuberculose, n'intéresse à notre avis, qu'une bien faible partie du vaste problème de la sous-alimentation indigène que nous avons essayé d'exposer.

De l'Hygiène

Le manque absolu d'hygiène est une des plaies de la société musulmane d'Algérie. La Casbah est trop près de nous pour qu'il soit besoin de parler de l'hy-

giène déplorable de ses habitants. La morbidité et la mortalité effroyables qu'on y relève sont caractéristiques.

Les maisons indigènes sont en général des modèles de malpropreté et d'insalubrité. Leurs habitants sont ignorants, crédules, plus superstitieux que musulmans, prolifiques et pauvres.

Dans le Tell, en Kabylie notamment, le gourbi qui sert d'habitation est resté ce qu'il était avant la conquête. Souvent composé d'une pièce unique, basse, sans cheminée, ni autre ouverture qu'une petite porte. Il sert à la fois de salle à manger, de chambre à coucher, de cuisine, de débarras et souvent d'écurie et de poulailler. La literie simple et sordide est formée de vieilles couvertures, chiffons et nattes étalés la nuit et quelquefois roulés pendant la journée.

La fumée aveuglante que dégage le petit foyer creusé à même la terre couvre d'une épaisse couche de suie tout l'intérieur. Les ordures ménagères, tassées dans un coin de la pièce, s'ajoutent au fumier de l'étable; les eaux sales stagnent dans les anfractuosités du sol. La fécalité de la cour transforme cette habitation en un véritable dépotoir.

Dans les agglomérations indigènes, l'eau puisée à des sources ou à des oueds souvent éloignés est utilisée avec une parcimonie préjudiciable à l'hygiène corporelle. Les femmes, les enfants et beaucoup d'hommes ne faisant pas la prière ne se lavent presque jamais. Aussi sont-ils d'une malpropreté repoussante.

En dehors des gourbis, les cafés et les bains maures rassemblent, surtout pendant les jours de marché, une foule considérable d'indigènes. Ces établissements, jamais désinfectés, très mal entretenus, constituent de redoutables foyers de contamination. Les mosquées et les zaouïas ne sont pas également des modèles de propreté.

L'hygiène du malade indigène est lamentable. Couché sur un amas de chiffons, enveloppé de vieilles couvertures, respirant une atmosphère de poussière et de fumée, le patient, que la fièvre épuise, se prête courageusement à toutes sortes de pratiques et accepte sans se plaindre les remèdes les plus repoussants : les amulettes lui arrivent par série, les œufs placés la veille sous son oreiller cuisent dans la couscoussière pour servir d'offrande aux djinns malfaisants ; du sang encore chaud des poulets, chevreaux ou pigeons sacrifiés ruisselle sur son visage ; du goudron noir garnit ses oreilles et ses narines. Enfin, la tête, coiffée d'abattis d'animaux, se distingue à peine.

Le malade, fébrile ou non, doit manger sans cesse des mets piquants et respirer les odeurs mélangées de produits divers, destinés à chasser le djinn, auteur de la maladie, son linge n'est jamais changé ; les poux qui couvrent son corps, loin d'effrayer l'entourage sont regardés comme les précurseurs de la guérison ; les produits d'expectoration souillent le sol autour de lui.

Les coutumes indigènes, veulent, lorsqu'un membre d'une famille tombe malade, que tous les siens, et ils sont nombreux, parents et amis viennent le voir : sœurs mariées avec leurs enfants, cousins, cousines habitant les tribus lointaines arrivent et se tassent dans l'étroit gourbi. On a même vu, à ces occasions, des femmes enceintes venir accoucher dans la maison du malade.

L'étude des conditions de vie, spéciales aux Indigènes d'Algérie, exigerait des développements considérables qui ne rentrent pas dans le cadre de notre modeste travail.

Les quelques considérations qui précèdent montrent assez quel merceilleux terrain constitue le milieu musulman, absolument anti-hygiénique, pour l'éclosion et la diffusion des redoutables maladies comme la syphilis et la tuberculose.

Rôle du Paludisme

Le paludisme est le compagnon inséparable de l'Indigène. L'index splénomégalique, relevé en divers points de la colonie, montre dans quelle proportion la population musulmane est frappée par cette affection. Les porteurs de grosses rates sont en effet innombrables et le mot rate est en langue arabe ou kabyle synonyme de paludisme.

Pour expliquer l'absence ou plutôt la rareté de la tuberculose observée en Algérie, au début de la conquête, certains auteurs avec BOUDIN « invoquèrent un

véritable antagonisme entre la tuberculose et le paludisme. Il ne s'agit donc plus d'effet de climat mais d'une véritable opposition entre deux maladies de nature différente » (DE MOUZON).

Le rôle du paludisme dans ses rapports avec la tuberculose est, de nos jours, mieux connu.

« Ce sujet a fait à Alger même, l'objet d'un certain nombre de travaux qui l'ont mis en lumière. Les manifestations pulmonaires au cours du paludisme et de la pneumonie, peuvent simuler la pneumonie caséuse, par leur courbe thermique intermittente, la persistance des symptômes locaux, l'anémie, l'amaigrissement, le déclin rapide de l'état général, lorsqu'on ne traite pas à temps la maladie par la quinine. Ces formes cliniques de la pneumonie et du paludisme constituent de véritables entités nasologiques; elles peuvent aboutir à la tuberculose pulmonaire évolutive » (LEMAIRE).

Le rôle préparant et gravatif du paludisme dans l'évolution de la tuberculose est établi sur des faits cliniques indiscutables. On doit tenir compte de cette notion extrêmement importante dans la lutte anti-tuberculeuse en Algérie.

De l'influence de l'Alcoolisme

Nous savons tous que le Koran défend à ses adeptes l'usage de l'alcool. Cette règle, dont l'importance sociale n'échappe à personne, paraissait préserver à jamais la population musulmane d'Algérie du danger

de l'alcoolisme. A peine signalait-on avant la guerre ce facteur social de la tuberculose chez les Indigènes.

Le Docteur VIDAL, dans son rapport présenté au Congrès de la tuberculose de 1905, s'exprimait ainsi :

« Les résultats des recherches, me permettent d'attribuer à la tuberculose une part considérable dans la morbidité et la mortalité des enfants chez les Indigènes d'Algérie. Les facteurs sociaux de la phtisie infantile, chez les Indigènes algériens, ne sont pas en tous points semblables à ceux qui agissent en France.

L'alcool, ce grand pourvoyeur de la phtisie, ne vient pas ici en première ligne, alors que l'insalubrité du logement prend une très grande importance » (Docteur VIDAL).

Ainsi le danger de l'alcoolisme paraissait nettement, moins grave en Algérie qu'en Europe. En effet, les habitudes d'intempérance ne s'observaient à cette époque, que chez de rares musulmans habitant la ville, des militaires et des ouvriers indigènes.

« Si les précautions du Koran sont suivies à la lettre, par une certaine catégorie d'individus,... il en est d'autres, chez qui la civilisation a augmenté le nombre des vices, et qu'elle a souvent transformés en piliers de cabaret et de maisons publiques, mais ces défauts sont surtout l'apanage des Arabes des villes » (DE MOUZON).

La guerre de 1914 a profondément modifié les conditions de vie des Indigènes algériens. L'armée et les usines ont attiré en France un grand nombre de mu-

sulmans, habitant les douars les plus reculés de la colonie.

L'amour de l'ivresse, l'attrait de la chose défendue : l'alcool ; le climat rigoureux et peut-être aussi le besoin de lutter contre la nostalgie du pays ont poussé invinciblement des êtres primitifs vers les cabarets.

L'influence des sentiments religieux est superficielle chez le musulman ignorant. La crainte d'un châtement divin, qui ne vient pas, se dissipe vite après les premiers verres d'alcool. C'est alors que la néfaste habitude de boire vient enchaîner le malheureux.

Les coutumes indigènes qui, dans certaines régions comme la Kabylie, renforçaient quelques règles religieuses, voient, de jour en jour, leur influence diminuer au contact de la mentalité nouvelle des Kabyles d'après-guerre. Ceux-ci fréquentent tous les nombreux débits des villes et des villages. Et chose plus grave encore, aux yeux des leurs, ils retournent souvent ivres dans leur famille.

Ces habitudes d'intempérance s'observent dans toutes les classes de la société indigène. L'élite intellectuelle, la masse ouvrière et l'armée recrutent le plus grand nombre d'alcooliques.

Le danger de l'alcoolisme en Algérie est réel. Nous indiquerons dans la suite les moyens qu'il conviendrait d'employer pour enrayer ce fléau. Au reste, cette lutte anti-alcoolique n'est qu'un des aspects de la lutte anti-tuberculeuse qu'il importe d'organiser, sur toute l'étendue de l'Algérie.

De l'influence de la Syphilis

Nous savons tous que la syphilis est très répandue chez les Indigènes algériens. Certains auteurs vont jusqu'à donner la proportion de 90 % pour ces derniers. Le rôle de cette affection dans ses rapports avec la tuberculose est resté longtemps ignoré. On admettait même l'influence toujours favorable de la syphilis sur l'évolution de cette dernière affection. L'action sclérosante de la syphilis créerait, expliquait-on, une barrière au bacille de Koch et enkysterait le tubercule.

Le nombre élevé des syphilitiques parmi nos tuberculeux indigènes a permis à quelques auteurs d'étudier avantagement les rapports qui unissent les deux affections.

« En ce qui concerne, nous dit le D^r LEMAIRE, la syphilis héréditaire la question est jugée. Les heureux effets du traitement spécifique chez les enfants hérédo-syphilitiques atteints d'érouelles et de scrofulo-tuberculides se vérifient journellement.

Chez l'adulte atteint de tuberculose pulmonaire, lorsque la syphilis est constatée, soit par des signes cliniques au niveau de la peau et des muqueuses, soit par un Wassermann positif, nous instituons régulièrement le traitement spécifique. Celui-ci manifeste fréquemment, même chez des cavitaires, de telles modifications, que l'on ne peut s'empêcher d'attribuer une influence aggravante à la syphilis dans l'évolu-

tion de la tuberculose. Nous ne cherchons pas à nier ici les effets sclérosants de la syphilis, tels que les décrit M. le Professeur SERGENT, et nous avons rencontré des Indigènes syphilitiques dont la tuberculose évoluait lentement sous la forme chronique, bronchique ou emphysémateuse. Ces cas sont plutôt rares en comparaison des formes évolutives (D^r LEMAIRE).

Nous voyons que la syphilis exerce souvent une influence nettement aggravante dans l'évolution de la tuberculose.

Influence du Froid

L'Algérie, malgré sa latitude, possède des massifs montagneux où les hivers sont rigoureux. La neige persiste souvent jusqu'au cœur de l'été sur les hautes montagnes du Djurdjura. Les villages kabyles, perchés sur des sommets, exposés aux vents et au froid, sont mal protégés.

La chute des neiges, en hiver, est si abondante par endroits, que les montagnards indigènes restent souvent bloqués dans leurs étroites habitations pendant des semaines entières. Misérablement vêtus et mal nourris, pour lutter contre le froid intense, ils se tassent, avec leurs troupeaux, dans les gourbis enfumés.

Dans les Hauts-Plateaux, les tribus nomades, qui campent sous la tente, sont encore plus éprouvées par la mauvaise saison. La tente, montée avec des vieux chiffons perméables, ne protège guère ses habitants contre la pluie; ses ouvertures mal fermées entretien-

nent des courants d'air; elle n'est pas, souvent en raison du manque de bois, chauffée comme le gourbi kabyle.

Les effets du froid sur les populations indigènes se traduisent par la grande fréquence des affections pulmonaires, qu'on observe dans les tribus.

Le musulman algérien, en général, tousse et crache et lorsqu'on traverse un village kabyle, on a l'impression de visiter un vaste hôpital de tuberculeux.

Du Germe tuberculeux

Les conditions de vie, spéciales aux Indigènes algériens, que nous venons d'étudier, favorisent le développement de la tuberculose dans notre colonie, mais sont incapables à elles seules de créer cette affection.

Il est en effet évident, que « si tuberculisable, que puisse être un organisme animal ou humain, cet organisme ne peut être tuberculisé que par la semence bacillaire qui aura été déposée en lui » (CALMETTE). L'infection tuberculeuse en Algérie croît, comme nous le savons, avec la proximité du voisinage de l'Européen qui véhicule le bacille de Koch. Mais l'existence de nombreuses tribus soustraites à l'influence directe de la colonisation française, semblait mettre pour longtemps, leur population à l'abri de toute contamination bacillaire.

L'exode des Indigènes en France a rompu cette barrière en introduisant, en masse dans les tribus, le redoutable virus apporté d'Europe.

Au lendemain de la guerre, la France, pour relever ses ruines, a ouvert ses chantiers et ses usines aux ouvriers nord-africains. Attirés par les hauts salaires, les Arabes et surtout les Kabyles s'expatrient en nombre considérable (plus de 100.000).

Les conséquences de cet important mouvement de la population indigène ont, au point de vue économique, des résultats heureux.

L'affluence de l'argent vers le douar a transformé les conditions de vie des habitants. La famille de l'ouvrier qui travaille en France achète des terres, construit des maisons, augmente ou crée son cheptel se nourrit et s'habille mieux. Mais pour satisfaire aux demandes incessantes d'argent qu'ils reçoivent des leurs, ces ouvriers accomplissent des heures supplémentaires de travail, se privent de nourriture, occupent par groupes de cinq ou six personnes, d'étroites chambres d'hôtel afin d'éviter les gros frais de loyer. Ils vivent en général dans les mêmes conditions d'hygiène qu'en Algérie.

Les habitudes d'intempérance communes aux ouvriers européens et nées surtout du besoin de lutter contre le froid rigoureux du pays, achèvent de ruiner la résistance de ces êtres, peu préparés au travail d'usine.

Nous voyons souvent revenir une foule de tuberculeux pulmonaires indigènes. Les uns envahissent les salles d'hôpitaux des villes d'Algérie, les autres regagnent leurs douars.

Arrivé dans sa famille, le tuberculeux pulmonaire sème le bacille à l'intérieur, dans son gourbi et en dehors dans les lieux publics.

La contamination massive de l'entourage se réalise rapidement et le nombre d'enfants enlevés par la méningite tuberculeuse et d'adultes qui succombent aux formes graves et foudroyantes de la tuberculose est effrayant.

La désinfection est inconnue dans les milieux indigènes. Bien plus dans certaines familles pauvres, les vêtements du malade contagieux, après sa mort, sont avidement distribués aux parents nécessiteux.

Certaines pratiques religieuses telles que la toilette du mort, sa veillée et son inhumation augmentent les chances de contamination.

« L'importation du bacille tuberculeux, par l'élément européen, a dû jouer son rôle dans la contagien, comme dans les pays de colonisation longtemps fermés; on peut dire, aujourd'hui, que l'indigène va le chercher également hors de son pays, et qu'il nous le rend bien » (LEMAIRE).

Le tuberculeux indigène n'est pas seulement dangereux pour les siens, il propage à son tour la maladie dans les milieux européens.

L'emploi répandu de domestiques indigènes souvent bacillaires dans les ménages, restaurants, cafés, boulangeries européens est déplorable.

Lutte anti-tuberculeuse dans les douars

Le bacille de Koch a désormais pénétré dans tous les villages indigènes de l'Algérie, et nous pouvons dire qu'il n'existe aucun point de la colonie où la tuberculose ne soit maintenant observée.

Si, grâce à une propagande active et intelligente, nous voyons dans la plupart des villes, s'organiser la lutte anti-tuberculeuse, nous constatons malheureusement que rien n'a été entrepris jusqu'ici dans les tribus pour arrêter les progrès croissants de la redoutable maladie.

Disons tout de suite que l'organisation rurale médicale de la colonie, malgré les louables efforts des pouvoirs publics, demeure rudimentaire et défectueuse.

L'action du médecin de colonisation est souvent limitée au chef-lieu de la circonscription, car les Indigènes des tribus, en dehors des circonstances imposées par l'administration (tournées médicales, vaccination, actes médico-légaux, etc.), ne consultent guère ce praticien. Les malades sont confiés aux soins des marabouts et des rebouteux. Les indigènes émancipés et aisés consultent de préférence le médecin des villes.

Quant à la clientèle des hôpitaux auxiliaires indigènes, elle se recrute souvent parmi les miséreux, toujours souffrants qui réclament plus de nourriture que de soins.

Voilà brièvement résumée la situation médicale des populations rurales en Algérie.

Il est évident qu'il n'est pas possible dans de telles conditions, d'étendre aux douars la lutte anti-tuberculeuse qui se poursuit si efficacement dans certaines villes d'Algérie.

Nous voudrions proposer, dans ce modeste travail, des mesures propres à arrêter les progrès de la tuberculose dans les douars.

Ces mesures nous sont surtout suggérées par la connaissance pratique que nous avons des populations musulmanes.

La lutte anti-tuberculeuse, pour être efficace, doit viser : 1° le germe ; 2° le terrain.

Si nous rappelons que tout individu qui réagit positivement à la tuberculine peut être considéré comme suspect, nous voyons d'après les résultats statistiques des cuti-réactions, que le nombre de porteurs de germes, chez les Indigènes algériens est relativement élevé, près de 50 %. Mais les sujets atteints de tuberculose ouverte sont les principaux agents de propagation de la maladie.

Le dépistage et l'isolement de ces malades, supprimeront ou diminueront considérablement les foyers de tuberculose dans les douars.

Le docteur de colonisation, l'infirmière visiteuse ou l'auxiliaire médical, devront au cours de leurs tournées dans la tribu, observer les cas de tuberculose ouverte, dont le dépistage sera le plus souvent facilité par l'entourage.

Dans tout hôpital auxiliaire, deux salles devront être affectées exclusivement aux tuberculeux graves (hommes et femmes) reconnus par le médecin.

L'isolement de ces malades devra être rigoureux. Ainsi comprise la prophylaxie anti-tuberculeuse donnera d'excellents résultats.

Les foyers indigènes, débarrassés de leurs dangereux malades, ne seront plus exposés aux contaminations massives.

Le malade, à l'hôpital, bien nourri, soumis à une meilleure hygiène supportera mieux son affection.

Le dépistage des tuberculeux pulmonaires graves est une mesure qui ne comporte, à notre avis, aucune difficulté; les résultats dépendent de l'intérêt que lui portent le médecin et ses collaborateurs.

Nous avons interrogé de nombreux indigènes sur la question de l'isolement des tuberculeux; les uns nous ont parlé de la nécessité qu'il y aurait de doter la Kabylie d'un sanatorium, les autres ont déploré l'absence d'hôpitaux de tuberculeux. Ils nous ont tous affirmé que le malade et son entourage, accepteraient l'isolement pourvu que l'hôpital ne soit pas trop éloigné de leur village.

Le tuberculeux pulmonaire indigène que le traitement du marabout ou du rebouteux, laisse bien souvent sceptique, réclame de son entourage des soins que ce dernier est incapable de lui donner.

La question d'isolement ne soulève donc aucune difficulté.

Pour empêcher de nouveaux apports du virus tuberculeux dans les tribus, et renforcer ainsi les effets des mesures proposées ci-dessus, il importe d'organiser une étroite surveillance sanitaire en dehors du pays.

Le départ des ouvriers en France est soumis actuellement à une double visite médicale: l'une au pays d'origine, l'autre au port d'embarquement.

Cette mesure a été instituée en vue de protéger la métropole contre le danger de la variole, de la syphilis et des affections oculaires contagieuses; l'examen médical, forcément sommaire, des nombreux ouvriers à leur départ, ne permettant guère de dépister d'autres affections.

Le retour des Indigènes en Algérie n'est, par contre, l'objet d'aucune mesure sanitaire. Cette situation vraiment déplorable est certainement la principale cause du grand développement actuel de la tuberculose dans la colonie.

L'ouvrier indigène travaillant en France, devrait être l'objet d'une surveillance sanitaire constante; dans l'usine, en ville, et surtout à son retour en Algérie.

Contre les dangers de l'infection tuberculeuse qui s'étend partout dans la colonie, la protection des nourrissons doit être renforcée. Des essais de vaccination par le vaccin B.C.G. mériteraient, à notre avis, d'être tentés dans certaines tribus.

Le deuxième but que doit viser la lutte anti-tuberculeuse est le terrain.

Les milieux indigènes, par leur mauvaise hygiène, par leurs coutumes, par leur réceptivité remarquable à l'égard du virus tuberculeux, constituent, en effet, un terrain favorable au développement de la tuberculose.

La masse indigène est ignorante et superstitieuse; elle subit l'influence du « taleb ».

Dans certaines régions peuplées de l'Algérie, comme la Kabylie, chaque village a son ou ses talebs. Ces derniers sont d'anciens étudiants des zaouïas ou grandes écoles indigènes; les uns exercent la profession d'imams ou prêtres, d'autres entrent dans l'administration comme secrétaires de douars (khodjas), beaucoup enfin s'installent dans le pays et pratiquent l'art de guérir.

Sous le couvert de la religion, ces talebs exploitent la crédulité et l'ignorance du peuple. Ennemis de tout progrès, ils combattent sournoisement l'action de l'école française, le développement de l'hygiène, entretiennent et renforcent les vieilles coutumes.

Cette influence des talebs dans les tribus gagne parfois les esprits avertis. L'histoire suivante nous le montre:

De passage dans un village kabyle, au cours de l'été 1927, nous avons été consulté par un vieil ami, instituteur indigène, pour son fils malade depuis deux jours.

L'examen de l'enfant ne révéla à ce moment qu'un simple embarras gastrique fébrile. Mais soupçonnant une typhoïde, nous fîmes au père les réserves quant à la nature exacte de la maladie et lui conseillâmes de faire appel au médecin de colonisation. Inutile d'ajouter que nous ordonnâmes une diète sévère.

Rencontrant plus tard, notre ami, celui-ci nous apprit que le « taleb » avait guéri son fils. »

La famille s'était opposée à l'intervention du médecin et avait réclamé les soins du guérisseur indigène. Ce dernier vint, confectionna force amulettes, ordonna des sacrifices de pigeons et de chevreaux, récita des prières, pour exorciser le djinn qui possédait le malade et... la nature fit le reste.

Quelques jours après, le jeune malade recouvrait la santé à la grande satisfaction de tout le monde.

Les cas malheureux sont « écrits » ⁽¹⁾ et ne sauraient être imputés à la science infailible du taleb, dont le prestige est inattaquable.

Cette digression sur le taleb a l'utilité de montrer le rôle prépondérant de celui-ci dans la vie indigène.

L'influence bienfaisante de l'instruction française dans les tribus est encore bien limitée. De nombreux villages ne sont pas dotés d'école.

(1) Grossière interprétation du fatalisme musulman.

Nous n'ignorons pas l'influence des missionnaires dans les tribus. On ne saurait assez louer le zèle et le dévouement avec lesquels les sœurs blanches rayonnent à travers la Kabylie, pour soigner et secourir les pauvres et les malades.

Cette propagande, qui honore l'Eglise chrétienne, a le défaut aux yeux de beaucoup de musulmans, de se faire au nom d'une religion. Le but que poursuivent les missionnaires : l'évangélisation de l'Islam, dresse de sérieux obstacles à leur pénétration et donne des armes puissantes à leurs adversaires : les talebs.

Pour combattre la mauvaise hygiène dans les tribus, il faut éduquer la masse. Cette éducation ne deviendra possible qu'avec l'intervention effective de l'administration et le concours des indigènes instruits : instituteurs, fonctionnaires, industriels, commerçants. etc...

Le contrôle et la réorganisation des zaouïas mettront fin à l'influence néfaste des talebs.

L'iman du village, nommé par l'administration, pourrait devenir le meilleur instrument de propagande, grâce aux tracts en langue arabe qui lui seraient périodiquement adressés.

Certes le programme est vaste, mais le dévouement des uns, le zèle des autres et la bonne volonté de tous assureront sa réalisation.

Dans le domaine de l'hygiène, ne voyons-nous pas déjà se faire certains progrès dans la construction.

L'indigène algérien, surtout dans le Tell, se fait en effet remarquer, depuis quelques années, par sa tendance à construire des maisons modernes.

Il quitte souvent le vieux village pour bâtir dans ses terres une maison droite et aérée.

Ne devrait-on pas encourager ces initiatives privées? Ne devrait-on pas aussi veiller à l'entretien des villages, réglementer les nouvelles constructions?

La lutte contre le paludisme doit être la tâche principale du médecin de colonisation en Algérie. La quinine, distribuée gratuitement, ne doit jamais faire défaut dans la famille indigène.

Contre la vérole, si répandue dans le pays, un centre anti-syphilitique doit être créé dans chaque circonscription médicale.

Enfin, contre l'alcoolisme, les pouvoirs publics, soucieux de l'intérêt général, devront prohiber purement et simplement l'usage de l'alcool à tous les musulmans algériens.

Cette mesure, nous sommes sûr, justifiera la confiance que les populations indigènes n'ont cessé de témoigner à l'égard de la France, protectrice de l'Islam.

CONCLUSIONS

L'étude de l'infection tuberculeuse chez les Indigènes musulmans d'Algérie est de date récente. Les travaux de l'Institut Pasteur d'Algérie ont établi la répartition de la tuberculose dans la colonie.

L'index tuberculinique des populations indigènes habitant la zone du Tell est le plus élevé 49,2 %.

Sur les Hauts-Plateaux, l'infection tuberculeuse se traduit par 47,9 % de cuti-réactions positives.

Enfin les diverses races qui peuplent le Sahara, réagissent à la tuberculine dans la proportion générale de 42 %.

Les Indigènes, par leur grande réceptivité à l'égard de la tuberculose, par leur mauvaise hygiène, leur misère et leur ignorance, offrent un terrain favorable au développement du bacille de KOCH.

Le paludisme et la syphilis sont répandus en Algérie et des études récentes ont montré leur rôle gravatif dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

L'alcoolisme, dont les rapports avec la phtisie sont bien connus ravage les milieux musulmans.

La question de l'extension de la tuberculose chez les Indigènes est un sujet dont les pouvoirs publics devraient se préoccuper.

La lutte anti-tuberculeuse dans les douars est tout à organiser et les efforts doivent se porter sur :

1° La surveillance sanitaire des ouvriers indigènes qui quittent la France.

2° Le dépistage des tuberculeux pulmonaires dans les tribus, par le médecin de colonisation ou ses auxiliaires.

3° L'isolement, dans les hôpitaux auxiliaires, des cas de tuberculose reconnus dangereux pour l'entourage.

4° L'éducation de la masse en s'assurant le concours de tous les indigènes instruits.

5° La lutte contre le paludisme (quininisation et destruction des moustiques).

La lutte contre la vérole par :

6° La création de nombreux centres anti-syphilitiques dans la Colonie et la réglementation de la libre prostitution indigène.

7° La prohibition de l'usage de l'alcool à tous les musulmans.

BIBLIOGRAPHIE

- DE MOUZON. — La tuberculose et la lutte anti-tuberculeuse en Algérie (Montpellier, thèse 1907).
- D^r LEMAIRE. — Compte rendu des travaux du bureau municipal.
La tuberculose chez l'Indigène musulman d'Algérie. (*Le Sud médical et chirurgical*, sept. 1923).
- D. CALMETTE. — L'infection bacillaire et la tuberculose.
- L. PARROT et FOLEY. — L'infection tuberculeuse chez les Indigènes musulmans d'Alger. (*Arch. des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord*, t. II, fasc. 1, mars 1922).
- L. PARROT et FOLEY. — L'étude de l'infection tuberculeuse en milieu indigène par la cuti-réaction à la tuberculine (Ibid).
- A. MARGAILLAN. — Tuberculose (maladie sociale). Alger, thèse 1921).
- J. BRAULT. — Pathologie et hygiène des Indigènes musulmans d'Algérie, 1905. Jourdan, édit., Alger.
- BERTHERAND. — Médecine et hygiène des arabes, 1855.
- VIDAL. — Congrès international de la tuberculose à Paris, 1905.
1912. Edm. SERGENT et H. FOLEY. — L'infection tuberculeuse dans les diverses régions sahariennes. *Bull. Soc. Méd. d'Alger*, n° 3.
1912. Edm. SERGENT et G. BENORT. — L'infection tuberculeuse chez les Indigènes de la région de l'Arba.
- PARROT. — L'infection tuberculeuse dans la région de Gambetta (Hauts-Plateaux).
- MAX. — Tuberculose dans la classe ouvrière: le village pour tuberculeux. (Thèse d'Alger, 1922).
- J. VIALLET. — Rapports du paludisme et de la tuberculose. (Th. Lyon 1910).
-

VU : *Le Président de Thèse,*

ARDIN-DELTEIL.

VU : *Le Doyen,*

ARDIN-DELTEIL.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 13 juin 1929.

Le Recteur,

TAILLIART.

